

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

No 759

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

THOYER Madeleine

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.
Née le 30 Août 1935, à Bazemont (S.-&-O.)

Présentée et soutenue publiquement le

LA RÉUNION DU PERSONNEL SOIGNANT A L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE.

Président : Mr. Léon MICHAUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6°)
1969

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

Nº

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

THOYER Madeleine

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Née le 30 Août 1935, à Bazemont (S.-&-O.)

Présentée et soutenue publiquement le

LA RÉUNION DU PERSONNEL SOIGNANT A L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE.

Président : Mr. Léon MICHAUX, Professeur.

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

Paris (6^e)

1969



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.),
 CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRE
 (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD D'ALLAI-
 NES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.),
 LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN
 (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD
 (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-
 RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU
 (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON
 (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR Jean GOSSET

PROFESSEURS :

A. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
- à titre personnel	CABROL (Ch.)
- -	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
- à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
- -	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
-	DESGREZ (P.)
-	POLONOVSKI (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
- à titre personnel	CARTIER (P.)
- -	DREYFUS (J.-Cl.)

MM.

Biologie médicale, à titre personnel	BOURLIERE (F.)
- - - - -	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- - - - -	DJOURNO (A.)
- - - - -	DOGNON (A.)
- à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
- - - - -	GOUGEROT (L.)
- - - - -	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
- - - - -	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
- à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
- à titre personnel	LOEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
- - - - -	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
- - - - -	MALMEJAC (J.)
- - - - -	PARROT (J.)
- à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° - MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- - - - -	BRICAIRE (H.)

MM.

Pathologie médicale	CORNET (A.)
- - - - -	HOUSSET (E.)
- - - - -	LAROCHE (Cl.)
- à titre personnel	AZERAD (E.)
- - - - -	BOUR (H.)
- - - - -	BROCARD (H.)
- - - - -	CAROLI (J.)
- - - - -	FACQUET (J.)
- - - - -	LAMBLING (A.)
- - - - -	LAUNAY (Cl.)
- - - - -	PAYET (M.)
- - - - -	PERRAULT (M.)
- - - - -	SIGUIER (F.)
- - - - -	WORMS (R.)
- - - - -	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie & Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
- - - (Broussais)	SOULIE (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
- à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
- à titre personnel (neuro- psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
- à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infan- tile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)

Clinique des maladies du sang	
à titre personnel (hématol.)	ANDRÉ (R.)
-	BOUSSER (J.)
-	DREYFUS (B.)
(Bicêtre	DEPARIS (M.)
(Broussais	MILLIEZ (P.)
(Cochin	PEQUIGNOT (H.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
(-	CONTE (M.)
(-	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique	
(Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale	
(Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et séméiologie médicales	
(Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- (Pitié)	RAMBERT (P.)
- (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climato-	
logie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
- à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète	
sucré et des maladies métaboliques	
(Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
- à titre personnel	RICHET (G.)
-	CROSNIER (J.)
Clinique de génétique médicale	
(Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants	
(Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de	
pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISAUD (H.)
- à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puéricul-	
ture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
- à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)

MM.

Clinique de pneumo-phtisiologie	
(Laënnec)	BROUET (G.)
- à titre personnel	KREIS (B.)
- - -	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
-	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
- à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
- - -	TUBIANA (M.)
- - -	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale	
et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2°- CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- - -	KUSS (R.)
- - -	N...
- à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

CHAIRES de CLINIQUES :

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
(Gustave-Roussy)	
Clinique carcinologique chirurgicale	
(Necker)	REDON (H.)
- à titre personnel	BREHANT (J.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(-	BAUMANN (J.)
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)

MM.

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
- (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ ² (R.)
- (Foch)	PADOVANI (P.)
- (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopé- dique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
- à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
- à titre personnel	GAUDARD D'ALLAINES (Cl.de)
Clinique chirurgicale et gynécologi- que (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
- (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologi- que (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
- à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BREGEAT (P.)
- (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)

MM.

	(CARTIER (P.)
Biochimie médicale	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Chirurgie.....	CERBONNET (G.)
	(BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.)
	(BLANCHER (G.)
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L.)
	(CECCAL (P.)
Médecine légale	(HADENGUE (A.)
	(FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
	(COURSAGET (J.)
Physique médicale	(GREMY (F.)
	(PELLERIN (P.)
	(DURAND (J.)
Physiologie	(GIRARD (Fr.)
	(HUGELIN (A.)
Stomatologie.....	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. - PROFESSEURS DÉTACHÉS
DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

MM.

Pathologie chirurgicale.....RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. - PROFESSEURS ASSOCIÉS

MM.

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolo- gie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté.....M. LENA (J.)
Conseiller administratif.....Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la)
Bibliothèque,)
Conservateur du Musée).....M. le Docteur HAHN (A.)
d'Histoire de la Médecine)
Conservateurs) Mme FORGET (F.),
) Mlles DUMAITRE (P.),
) LAURENT (H.),
) LE NOIR (G.)
Bibliothécaires(Mme CONTET (J.),
 (Mlles DUROZOY (M.-F.),
 (ROBERGE (D.),
 (LE QUANG LINH (G.),
 (REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE
ET A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Léon MICHAUX

Professeur de Clinique de Neuro-psychiatrie infantile
à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des Hôpitaux,

Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Jean AYME
Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine,

Qui m'a inspiré le sujet de
ce travail.

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Professeur FÉVRE
Monsieur le Professeur PATEL
Monsieur le Professeur Agrégé BOUVIER
Monsieur le Professeur Julien MARIE
Monsieur le Docteur DIRIART
Monsieur le Docteur BRETON
Monsieur le Professeur Agrégé THIEFFRY
Monsieur le Docteur DREYFUS

A MES MAÎTRES D'INTERNAT
des Hôpitaux psychiatriques :

Madame le Docteur GRASSET
Monsieur le Docteur BELEY
Monsieur le Docteur BAILLY-SALIN
Mademoiselle le Docteur CHAIGNEAU

LA REUNION DU PERSONNEL SOIGNANT
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

I N T R O D U C T I O N

Depuis la "révolution" dans les hôpitaux psychiatriques, commencée vers 1945, l'institution de réunions de soignants, groupant médecins, infirmiers et psychologues s'est imposée progressivement dans presque tous les services.

Au début, les publications se contentent de mettre en relief les effets bénéfiques de la réunion du personnel soignant (déhiérarchisation - BALVET, (3)), sans pouvoir la définir précisément. BONNAFE (5) l'envisage comme un groupe à visée psychothérapique sur le modèle des psychothérapies de groupe déjà définies dans un autre contexte.

Progressivement se dégage la notion que l'efficacité thérapeutique ne peut apparaître que dans une "prise de conscience de l'équipe" (4).

Parmi les travaux plus récents, ceux de WOODBURY (21), inspirés par la psychologie anglo-saxonne et tributaires de l'évolution de la psychanalyse dans ces pays, privilégient l'étude des réseaux de communication dans l'institution. La réunion d'équipe doit tendre vers un idéal où la bonne entente résultant d'une communication intégrale de l'information "tend à faciliter le développement et l'épanouissement (...) des qualités intrinsèques de chacun des soignants, en utilisant les forces d'identification et de soutien mutuel de l'équipe et, très rarement, l'interprétation" (p. 1113). L'équipe thérapeutique "fait la syn-

thèse" de la psychanalyse, du maternage et des méthodes de groupe (communauté thérapeutique).

En Mai 1966, une journée d'étude à l'Hôpital Charcot pose le problème de la place de l'analyste dans l'institution et envisage sa fonction sous l'angle d'un repérage des paroles et des actes de l'institution par rapport aux deux registres du fantasme et du réel (16).

L'expérience clinique que nous relatons nous a amenée plus à poser des questions qu'à fixer ce qu'est ou doit être la réunion du personnel soignant. Il nous a semblé plus simple de chercher à repérer la fonction analytique plus que la place du psychanalyste. Il en résulte que les concepts de transfert et d'interprétation ont une plus grande souplesse opératoire qui permet d'envisager leur utilisation dans et par la totalité de l'institution.

Chapitre I

Le matériel clinique que nous présentons consiste en une relation aussi complète que le souvenir le permet d'une série de réunions de soignants. Les limites en sont fixées par les limites matérielles de la réunion elle-même : conditions de lieu et de temps. Nous prétendons ainsi tendre à écrire une monographie, c'est-à-dire tenter d'épuiser un sujet restreint.

Les limites de temps sont fixées par la durée de mon séjour en tant qu'interne dans ce quartier : une année.

C'est ma première année d'internat, et je viens à l'hôpital sans autres préjugés que ceux du sens commun envers le monde des fous, augmentés des préjugés que la médecine organique, anatomo-clinique, entretient vis-à-vis du secteur d'hospitalisation de la maladie mentale.

Mon arrivée coïncide avec l'arrivée d'un nouveau médecin-chef que je vis comme le "patron", sur le modèle de l'organisation de l'Assistance Publique. Mais ses fonctions médicales et enseignantes se doublent d'une fonction administrative puisqu'il est aussi médecin-directeur.

Le personnel, en l'opposant à son prédécesseur, projette sur lui l'image inquiétante d'un novateur, introducteur de "nouvelles méthodes", voire d'un révolutionnaire, propos qui ne seront pas démentis ni d'ailleurs confirmés expressément.

Il arrive dans un lieu de gardiennage, qui est même devenu, pour une bonne part, un hospice de vieillards, quelques autres hôpitaux de la Région Parisienne y concentrant leurs malades "défectologiques". Cette orientation de l'hôpital succédait à sa spécialisation de la période d'avant-guerre dans le gardiennage des encéphalopathes.

L'ancien médecin-directeur de l'hôpital assurait ses fonctions de gardiennage à la satisfaction de tous : répondant de manière adéquate à la demande de la société visant à concentrer dans des lieux réservés ses éléments improductifs, confirmant le personnel infirmier dans un simple rôle de gardiennage qui lui assurait la continuité d'une certaine routine d'où l'insolite ou le provocant ne pouvait surgir, estompant ainsi la dimension spécifique de la folie.

Les impératifs de la surveillance liés à une hantise des fugues et des suicides étaient au premier plan, d'où l'importance accordée à la fonction de "porte-clé", fonction qui n'était pas toujours dévolue à la seule surveillante, ni même aux infirmières, comme nous le verrons.

L'hôpital, lieu de ségrégation, était lui-même divisé en 6 quartiers. En dehors des quartiers de débilés et de "gâteuses", déjà cités, le sommet de la hiérarchie des quartiers, qui correspondait aussi à leur position au dernier étage, couronnant l'édifice, était constitué par :

- le quartier des "entrantes", lieu d'observation médicale, répondant à la fonction classique de l'asile d'assurer le partage de la raison et de la folie. Après un temps d'observation, les malades étaient, soit "sortantes", soit réparties vers les autres quartiers ;

- le quartier des "soins", traitements biologiques, somatiques. C'est là que se pratiquaient les électro-chocs et les cures insuliniques,

thérapeutiques postulant un certain type de liaison de l'esprit et du corps, assurant ainsi aux infirmières le prestige de pouvoir agir sur la folie tout en exerçant pleinement leur fonction d'infirmière, telle qu'elle est définie dans son acception commune.

- le quartier dit des "travailleuses libres", composé surtout de malades délirantes chroniques, pour lesquelles la sortie de l'hôpital paraît à tous exclue, sans que personne puisse en préciser la raison, et qui se sont organisées sous la forme d'une "micro-société", avec ses lois non écrites, ses circuits économiques d'échanges, de trocs et de vols.

La description succincte que nous esquissons de la population de l'hôpital ne nous éloigne cependant pas de notre sujet, car elle nous permet de mettre en place ce que l'on pourrait appeler le contexte par rapport auquel se détermine le quartier qui est le sujet de notre étude, le quatrième quartier, de la même manière que le signifiant linguistique ne se détermine comme tel que par rapport à tous les autres signifiants du même ordre.

Le quatrième quartier est le quartier des "agitées". Sa dimension spécifique n'est pas de thérapeutique ou d'observation, mais de gardiennage spécialisé, le rapprochant ainsi des "quartiers de force" ou de la prison.

Le type d'assistance psychiatrique assuré dans l'hôpital, découlant directement des principes pratiques dégagés au cours du XIX^e siècle, qui délimitaient le champ de l'aliénation mentale comme branche de la clinique médicale, concentre dans les mains du seul médecin-directeur l'essentiel de la fonction "psychiatrique" : diagnostic, fondé sur la possession d'un savoir accessible à lui seul, qui fonde la distinction entre le normal et le pathologique ;

thérapeutique, fondée d'une part sur l'isolement supposé bénéfique par lui-même en permettant au malade de se reconnaître comme tel, d'autre part sur des données empiriques qui ne font que constater l'effet d'agents physiques ou chimiques sur la maladie sans pouvoir l'étayer sur une théorie scientifique qui conceptualiserait les rapports du cerveau et de la folie.

Le manque de fondement scientifique de la psychiatrie, le caractère vague de ses formulations, contribuent à rendre le savoir médical incommunicable. L'aliéniste parle un langage que les infirmières ne comprennent pas, et qu'elles respectent d'autant plus.

Le pouvoir médical s'en trouve renforcé ; corrélativement, la hiérarchie est à la base des rapports entre les soignants. Par exemple, l'interne et la surveillante s'enferment dans le bureau dit "médical" (alors que le médecin y passe beaucoup moins de son temps que les infirmières) pour discuter des malades. Pendant le même temps, les infirmières sont avec les malades, mais n'osent pas entrer. La visite du médecin-chef se fait rituellement, à jour fixe ; seules, l'interne et la surveillante ont le droit d'intervenir ; les infirmières regardent "passer le défilé" suivant leur expression, conformément à ce qui se pratique dans les hôpitaux généraux.

L'ergothérapie, implantée suivant les directives ministérielles, est installée au grenier sans liaison avec les quartiers.

Le pécule administratif est distribué aux malades "conscientes", sinon les surveillantes achètent des douceurs et des croissants le dimanche pour les "inconscientes".

Chez les malades existe un riche réseau d'échange de marchandises comme des portions de

repas ou des cigarettes, sans que les échanges monétaires y aient beaucoup de part. Les mécanismes d'exploitation des plus faibles apparaissent immuables, déplorés, mais non dénoncés par les infirmières. Les malades qui en tirent bénéfice apparaissent comme des "kapos", sur le modèle de ce qui a été décrit dans les camps de concentration, qui bénéficient de la complicité de certaines infirmières en échange de leur protection et d'avantages matériels : elles ont le droit de se servir des clés, obtiennent des suppléments de nourriture, peuvent travailler dans les services généraux. Les infirmières y trouvent leur avantage, en confiant de temps à autre la surveillance des autres malades à celles qui ont su gagner leur confiance.

Ces malades sont relativement bien tolérées par les autres dans la mesure où elles ne s'assimilent pas à de simples exécutrices de la "loi" des infirmières, mais elles font respecter une autre loi, mal connue des infirmières et encore moins des médecins, qui régit les rapports entre les malades. Le milieu apparaît ainsi assez souple, non assimilable à un milieu carcéral ou concentrationnaire, bien que comparable par sa structure.

°
° °

Bien que chaque quartier présente des caractères spécifiques, ce que nous venons de décrire est présent dans tout l'hôpital, figeant les rapports des soignants entre eux suivant un ordre qui paraît naturel tant il est immuable et pour ainsi dire jamais remis en question.

Pourtant, le quatrième quartier semble faire exception. Les rapports y apparaissent plus mobiles; malades et infirmières s'expriment souvent sur un mode explosif.

C'est le quartier de l'agitation, quelle que soit la structure nosologique qui la sous-tend :

débiles caractérielles, épisodes d'excitation chez des schizophrènes hallucinées, agitation des psychoses aiguës (déliriums). La "cellule", installée suivant les normes en vigueur dans les hôpitaux, rappelle d'emblée la destination du quartier, bien qu'elle ait perdu sa dénomination dès l'arrivée du nouveau médecin-chef pour devenir la "chambre", dans un désir de soumission conformiste au soi-disant désir de celui-ci, d'ailleurs jamais exprimé.

L'ancienne destination de la chambre me sera rappelée maintes fois et avec une certaine vigueur, peut-être nostalgique de l'ancien temps. C'est le quartier où les infirmières "font leur service militaire" ; celles qui y sont affectées ont une réputation de vigueur et de sang-froid. Si elles y gagnent en réputation, par contre, elles sont plaintes d'être obligées d'assumer le rôle ingrat de gardiennage du rebut social. Les folles ne leur présentent pas le visage aimable des "bonnes malades", ni l'attrait scientifique des "belles schizophrènes" du quartier d'observation. Au quatrième quartier, la folie présente un caractère provocant, elle y est peut-être plus naturelle ; mais où la folie peut-elle présenter un visage "naturel", dans cet hôpital où l'artifice paraît la règle ?

Mon arrivée en tant qu'interne-femme dans ce quartier d'agitées apparaît, pour moi comme pour les infirmières, comme une provocation.

Devant ces 80 malades, que faire ? Le médecin-chef ayant formulé une proposition que j'interprète comme une demande, voire comme un ordre sur le modèle des rapports entre "patron" et interne, d'implanter des réunions, je décide de réunir les malades une fois par semaine. Les infirmières acquiescent à cet ordre médical sans faire de commentaires. Je l'interprète ainsi : "Chaque interne a ses manies ; le plus simple est de s'y plier sans murmurer ; nos rapports avec les malades resteront ce qu'ils ont toujours été ; les internes passent, nous sommes les "permanentes"".

Cependant, les médecins-chefs passent moins vite que les internes. Aussi les infirmières sont-elles très attentives à deviner les intentions de celui qui est supposé vouloir imposer une nouvelle manière de travailler. Leur acceptation de ma décision n'est en fait qu'une manière de laisser venir le temps du dévoilement de la volonté du médecin-chef.

Les malades, elles aussi, se demandent où "ça" peut mener. Leur inquiétude est masquée par des propos conformistes : la réunion tourne autour de revendications de type hôtelier. Repas insuffisants, fuites d'eau, problème des ordures appartiennent à une thématique orale et anale peu sublimée.

Les infirmières assistent à cette réunion sans intervenir ; elles connaissent bien ce type de demandes des malades qu'elles ont l'habitude d'occulter en se faisant les complices des malades vis-à-vis de l'administration. Cependant, le conformisme et la répétition insistante des demandes rendent les réunions fastidieuses. C'est pour y remédier qu'est instituée, sur le conseil du médecin-chef, une réunion hebdomadaire du personnel soignant où l'on pourra parler de la dernière réunion de malades. Les infirmières espèrent ainsi élaborer des réponses à leurs demandes qui leur permettent d'échapper à la situation d'impuissance silencieuse qu'elles vivent au cours des réunions de malades.

La tâche que s'assigne la réunion de soignants est donc au départ d'ordre réflexif : examiner la demande des malades au niveau même où elle est formulée pour se donner le temps d'élaborer des réponses propres à ne pas décevoir celles-ci tout en ne leur accordant pas trop.

o
o o

C'est à ce moment de l'histoire du quatrième quartier que l'arrivée d'une nouvelle malade, B.,

va changer le style des réunions en cristallisant l'attention sur elle.

Une entrante dans ce quartier, c'est déjà une petite révolution. Elle n'a pas séjourné auparavant dans le quartier d'observation. Sa biographie a permis de la situer d'emblée dans la nosologie hospitalière. Blouson noir, fréquentant des bandes de la banlieue parisienne, elle a 15 ans lorsqu'elle est hospitalisée, dernier recours après l'échec des mesures d'assistance sociale motivées par de nombreux délits.

Psychopathe, caractérielle, on ne sait comment la situer. Elle se définit par sa dangerosité. C'est à ce titre qu'elle trouve sa place d'emblée dans le quartier des agitées. Pour beaucoup, son internement vient à la place d'un emprisonnement.

Elle arbore blue-jeans, poignet de force et tatouages. D'emblée, elle s'assure la place de "caïd" du quartier.

Les infirmières ne parlent que d'elle dans la réunion : elle bat les grand'mères, elle extorque les fonds des plus faibles ; elle va nous en tuer une, à moins que ce soit une d'entre nous ... L'évocation des dangers possibles venant de B. alterne avec des menaces envers elle.

L'autre thème, plus subtilement avancé, est que les infirmières ne s'occupent plus que d'elle et qu'elle les empêche ainsi de faire un véritable travail thérapeutique auprès des autres. Si B. n'est pas une vraie malade, les infirmières également ne sentent plus leur fonction accordée avec leur statut.

Qu'en est-il de l'interne ? J'adopte une attitude d'autant plus médicale, affirmant que B. est bien malade et que les infirmières doivent la soigner comme les autres. Cette position vise sans doute à réassurer chacun dans son rôle ; mais je ne

trouve en face de moi que les mêmes positions des infirmières dans le sens opposé. La réunion de soignants se calque sur la réunion de malades à son début : répétition des mêmes questions qui n'appellent pas de réponses, attitudes figées de part et d'autre.

En définitive, j'avais trop de malades : j'ai maintenant une malade de trop. Cependant, il devient clair que la question ne peut plus se poser pour moi en termes d'avoir : je perçois que ce qui se passe échappe à mon pouvoir et à mon savoir. Les intérêts mobilisés par l'arrivée de B. dépassent les personnes en cause pour mettre en question l'ensemble de la structure hospitalière et ses rapports avec la société. L'affectation de B. au quatrième quartier mettait en question la fonction même des quartiers. Son internement posait la question des limites de la maladie.

Les conduites agressives des uns et des autres se précisent alors sous forme de passages à l'acte. A la non-intervention médicale (refus de neuroleptiques injectables, refus de la mise en cellule), les infirmières vont répondre en me laissant face à face avec B. au plus fort d'une crise d'excitation classique. Ceci est inhabituel dans ce quartier où, traditionnellement, les infirmières s'interposent entre les malades dangereuses et le médecin.

Au cours de la réunion s'exprime nettement le désir des infirmières de renvoyer B. de l'hôpital pour la mettre à sa vraie place, en prison. C'est alors, l'après-midi même, la fugue de B. qui soulage tout le monde.

Son retour ne tarde pas, et il est alors décidé en commun de refuser de la reprendre. Les infirmières me chargent de communiquer la décision à qui de droit, c'est-à-dire au médecin-chef.

Celui-ci me renvoie ma demande sous la forme : "Peut-on renvoyer une malade de l'hôpital psychiatri-

que ? Je suis tenu d'accepter tous les malades. Reprenez la discussion dans votre quartier" Il me semble qu'une certaine solidarité médicale est rompue. Une faille apparaît dans la traditionnelle cohésion des groupes de cet hôpital. La hiérarchie prend valeur de mythe, elle n'est qu'un tuteur qui fonde le statut imaginaire des soignants.

Désespérée, je reviens annoncer aux infirmières que nous devons "garder" B. Il semble que se dégage le sentiment d'une responsabilité collective envers elle à quoi nous contraint l'impossibilité de faire appel à toute autre instance (police, justice, éducation spécialisée) ou procédé (psychothérapie, cure de sommeil, etc...).

Cette constatation ne change rien au comportement de B. : colères violentes avec bris de vaisselle, menaces de mort envers les malades débilés ou séniles, attitudes de provocation envers les infirmières ... Les réunions de soignants reprennent, identiques aux précédentes.

Mes tentatives d'entretiens duels avec B. sont mises en échec, soit par B. elle-même qui trouve souvent un prétexte pour ne pas venir, soit par les infirmières qui me prouvent que B. ne va pas mieux, bien au contraire, après son passage dans le bureau. La situation semble alors sans issue. Interne, infirmières et malades répètent un discours qui ne s'adresse à personne, sauf à la représentation idéale qu'ils se font de leur rôle ; comme des marionnettes, ils apparaissent comme des objets mus par un sujet qui les dépasse et dont ils n'ont pas conscience de l'existence. Ils sont agités, s'ils parlent, ce n'est pas entre eux, mais peut-être pour un public qui assiste à la scène d'une autre place.

Le sujet que nous évoquons est inconscient ; est-il pour autant le sujet inconscient du groupe ?

Le public, ceux qui entendent ces paroles

apparemment vides préférées dans les réunions, est-il constitué par le médecin-chef ou les autres quartiers ?

Ce rôle du "bon entendeur", il semble qu'il ait été joué par le psychologue, personnage récemment introduit dans l'hôpital par le médecin-chef, qui ne fit son apparition sur la scène du quartier qu'à ce moment de stagnation, précisément alors qu'aucune entrée en scène n'était attendue, et après qu'une tentative d'en référer à un élément tiers, extérieur au quartier, se soit soldée par une déconvenue.

Il est l'espion, le "spy-chologue" comme le nomment les infirmières. On se doute qu'il a l'oreille du médecin-chef ; la serviette qu'il traîne partout derrière lui est sans doute bourrée de documents, relatifs au personnel. Il est le lieu de projection des fantasmes de l'institution. Sa présence fait poser la question : "Qu'écoute-t-il et pour qui ?". Si la venue d'un nouveau médecin-chef avait été, elle aussi, prétexte à des interrogations inquiètes, du moins son statut et sa fonction étaient clairement définis dans le cadre hospitalier. Du psychologue, on ne sait rien.

Il s'introduit dans la réunion de soignants sans y être appelé. Sans répondre directement à aucune demande, il se contente de poser à son tour des questions : pourquoi toujours le vouloir de l'interne et jamais celui des infirmières ? Le médecin en sait-il plus sur B. que les infirmières ou telle malade ? Son intervention se limite là, car il refuse de prendre le parti de quiconque en dépit des sollicitations de tous, surtout de l'interne qui en ferait volontiers son complice.

Il m'est difficile d'en dire plus sur les paroles échangées. Pourtant, au cours de cette réunion, tout change puisqu'on décide d'enfermer B. dans la chambre d'isolement qui reprend à cette occasion son ancienne destination et son ancien nom de cellule.

C'est à partir de cette réunion que le comportement de B. change spectaculairement, ainsi que tous les rapports entre personnes dans le quartier. Cependant, rien ne le laissait prévoir au cours même de la réunion, et ce n'est que rétroactivement que ce moment prit une importance privilégiée.

B. sort de cellule au bout de quelques jours, commence à vivre en communauté ; mais ce ne sont plus ce déchaînement et cette menace permanents de la période précédente. Elle reste une "malade difficile" au sens vague qui a cours dans l'hôpital ; mais elle ne paraît plus inquiétante. Elle parle plus volontiers, commence à s'intéresser aux problèmes collectifs soulevés dans la réunion de malades ; à l'occasion, elle prend soin de quelque vieillard et elle inquiète à nouveau par ce zèle si conforme, bien qu'exactement inversé, à ses conduites de provocation antérieure. Heureusement, elle se remet bientôt en colère et les infirmières s'y retrouvent en retrouvant "leur chère B.".

Ses intérêts débordent même le quartier : elle s'intègre à la vie collective de l'hôpital qui met en place à ce moment de nouvelles institutions. Son attitude de refus de l'ordre établi trouve à s'exprimer dans de nouveaux lieux de parole :

- au sein du quatrième quartier, à la réunion dite "de pécule complémentaire", où l'argent gagné à l'ergothérapie est distribué par les malades en fonction de leur travail, B. fait pression pour se faire voter un supplément de pécule. Les malades, terrorisées par elle, obtempèrent.

- par contre, au niveau du Club, où elle cherche à extorquer l'argent nécessaire pour échanger ses jeans contre une robe (transformation vivement souhaitée par les infirmières), elle rencontre une fin de non-recevoir.

— au bar, lieu de réunion informel, elle étonne ou scandalise comme elle devait le faire dans les bistrots de la banlieue. Ce qui était inadmissible au sein d'un quartier paraît presque naturel et tolérable au bar.

B. se porte mieux ou est mieux supportée. La réunion de soignants bénéficie aussi de cette crise. On peut y parler de toutes les malades, pas seulement de B. L'ouverture sur les autres quartiers au travers des problèmes posés par le travail thérapeutique et par l'existence du bar et du club se traduit par l'introduction de personnes étrangères à l'équipe du quartier : ergothérapeutes, surveillante générale, animatrices du club viennent dire leur mot à la réunion.

Notons quelques détails qui rendent bien compte de l'importance croissante prise par cette réunion.

Elle se tient dans le bureau "médical", en fait bureau de la surveillante. Ce local, en perdant cette fonction réservée pour devenir lieu collectif, perd en même temps l'opacité de ses carreaux. On achète à l'atelier de peinture des vitres transparentes décorées par les malades. Le regard d'une malade épie souvent au cours de la réunion.

La place hiérarchique des participants autour de la table n'est plus respectée. On ne réserve plus deux places côte à côte pour l'interne et la surveillante, quand ce n'était pas un fauteuil pour le médecin. Une nouvelle disposition s'instaure, spontanément, dont la signification, pour n'être pas hiérarchisée, garde cependant une valeur distinctive : tournant le dos à la porte, l'infirmière préposée aux "courses", mais aussi celle qui se dérangera le plus vite en cas d'urgence ; à l'autre bout de la table, l'interne, faisant face à la porte, en situation voyeuriste par rapport aux malades et satisfaisant aussi son désir d'être vue.

Le temps est vécu différemment : la réunion de malades devient la réunion du lundi ; celle des infirmières est la réunion du mercredi. Le dimanche devient jour chômé pour les malades à l'atelier du quartier. Le temps devient une référence pour les malades qui savent que les problèmes qu'elles auront soulevé le lundi seront repris le mercredi.

La réunion de soignants devient un temps préservé par tous : par les malades, qui jouissent alors d'une autonomie qu'elles n'avaient jamais connue, s'occupant clés en main de toutes les tâches qui sont d'habitude celles des infirmières ; par les infirmières, qui s'étonnent d'avoir pu considérer autrefois le temps des réunions comme du temps perdu, véritable temps mort volé au ménage et aux courses.

Corrélativement, le quartier organise son espace. La grande salle commune des malades se découpe par la disposition apparemment désordonnée des armoires autrefois reléguées au bout de la salle et qui délimitent maintenant des unités de quelques lits suivant un choix réciproque qui a mis au jour un réseau de relations différent de celui que l'on connaissait. Le couloir d'entrée devient un lieu de séjour et c'est là maintenant que les schizophrènes tournent en rond. Plus tard, elles sortiront du quartier pour séjourner dans un coin du bar, lieu plus propice à exercer l'écoute vigilante du collectif décelable derrière leur masque d'autisme.

Après la "crise" de la réunion qui avait amené le dénouement de la situation symptomatique créée et entretenue par la présence de B., comme la "crise" amène la cédation spectaculaire des symptômes de la pneumonie, nous avons décrit un fonctionnement presque idéal du quartier dont témoignaient la fluidité des échanges entre soignants,

une prise en charge réellement plus psychothérapi-
que des malades et l'ouverture du quartier, tant
sur l'extérieur que sur le collectif des soignés
enfin reconnu comme tel par l'institution d'un
club thérapeutique.

L'imprécision même des termes employés pour
décrire cet état à l'époque où il a été vécu indique
que l'analyse n'en avait pas été faite par le col-
lectif.

L'arrivée d'une deuxième entrante, Ch.,
devait remettre en question l'équilibre fragile
dans lequel chacun se complaisait.

Habillée comme B., qualifiée des mêmes termes
dans le certificat d'internement, elle devait pour-
tant déclencher des réactions opposées. Les infir-
mières invoquant sa maladie mentale et son état de
grossesse excusent ses violences, sont prêtes à lui
trouver un emploi à la crèche du personnel et l'in-
citent à troquer son blouson et ses jeans contre
des robes.

L'interne, au contraire, la juge dangereuse,
pense qu'elle cache son jeu. Mon attitude de juge-
ment moral s'oppose à la tolérance des infirmières
qui adoptent un rôle médical.

Cet affrontement ne va pas se résoudre facile-
ment ; les réunions vont être de nouveau passionnel-
les et agitées ; mais ce jeu, à la différence de ce
qui s'était passé à propos de B., se jouera exclusi-
vement sur la scène de la réunion du mercredi ;
dans le service, Ch. se calme très vite en dépit
des incitations de B. qui cherche à profiter de l'oc-
casion pour répéter ses conduites antérieures par
personne interposée.

En dernier lieu, notons l'évolution de l'hôpital tout entier, contemporaine des événements relatés au quatrième quartier.

Des ateliers sont mis en place, communs à tous les malades. Leur but est soit directement thérapeutique (atelier de peinture), soit lucratif : par le biais des commandes à passer avec des entreprises extérieures à l'hôpital et le souci de rentabilité qui en découle, les malades sentent le poids d'une aliénation sociale qui est exprimée dans les discussions du club.

La création du club a été rendue nécessaire par l'ouverture des ateliers vers l'extérieur ; toutes les malades en sont membres de droit. Son bureau est renouvelé chaque mois au cours d'une assemblée générale. Sa tâche principale est de gérer l'argent produit dans les ateliers. La réunion du bureau fixe le pourcentage des revenus affectés à trois fonds distincts : fonds de solidarité, caisse des loisirs et promenades, pécule complémentaire, auxquels correspondent trois commissions, formées de déléguées élues au cours des réunions de quartier, qui élisent à leur tour une déléguée, membre de droit du bureau du club.

C'est ainsi que B. est évincée quand elle se présente comme candidate à la vice-présidence du club devant l'assemblée générale ; par contre, elle exerce une pression suffisante sur les malades de son quartier pour se faire élire déléguée à la commission-travail où elle cherche à faire augmenter la part du pécule complémentaire au détriment des deux autres commissions. Les infirmières sont satisfaites de la voir s'engager dans des démarches plus acceptables pour la collectivité que les extorsions d'argent qu'elle pratiquait dans le quartier sur un mode violent. Au-delà de cette appréciation de sa conduite (qui n'implique pas nécessairement la promesse d'une "socialisation" en dehors de l'hôpital), il reste à préciser en quoi les avatars de sa demande au travers des structures collectives

lui permet de se situer différemment par rapport à l'autre (en quoi résiderait l'effet thérapeutique recherché).

Au niveau des soignants, fonctionnent deux réunions communes à tous les quartiers : réunion des médecins avec la surveillante générale, et réunion élargie comprenant aussi l'ensemble des surveillantes et des représentants de l'administration. A la différence des réunions de soignants à l'échelon du quartier, celles-ci resteront ternes et encore très hiérarchisées.

Il semble important de constater que la mise en place de ces institutions au sein de l'institution hospitalière ne s'est pas faite suivant un plan préétabli : toutes ces réunions créées dans un temps assez court ont suivi leur histoire propre, en relation avec le groupe constituant. Le statut exécutif de la réunion générale du personnel soignant a entravé longtemps son accession à la parole, alors que le mode informel des réunions de quartier, véritables réunions "à la base", a permis une expression plus spontanée et une prise de conscience du groupe en tant que tel.

Chapitre II

On peut isoler trois éléments dans la relation clinique que nous avons présentée :

- l'évolution du cas de B. qui est apparemment une réussite thérapeutique ;

- l'évolution de la réunion de soignants du quatrième quartier, qui semble avoir abouti à la formation d'une équipe propre à assumer son rôle thérapeutique ;

- "l'institutionnalisation" de toute l'institution hospitalière.

Pour analyser ce qui s'est passé, il pourrait être intéressant de déterminer lequel de ces trois termes paraît être à l'origine des deux autres. Par exemple, l'amélioration de l'état de B. est-il imputable à l'évolution des positions contre-transférentielles des soignants ou bien à la possibilité qu'elle a eue d'articuler ses demandes différemment grâce à l'apparition des réunions de malades et du club ?

Existe-t-il un lien de causalité entre la "crise" de la réunion d'infirmières et la création du club ?

Il paraît impossible de répondre à ces questions. D'une part, la réponse se trouve sans doute en dehors des limites de l'énoncé du problème ; l'amélioration de B. est peut-être liée à un dire ou

un faire survenu à distance du quartier, à la cuisine par exemple. On voit donc la nécessité de prendre en considération l'ensemble de l'hôpital qui constituera le champ de l'analyse institutionnelle. D'autre part, la relation sur un mode historique des événements incline à rechercher un avant et un après, une cause et un effet. Pourtant, il semble indispensable d'orienter l'analyse suivant un plan synchronique qui permette de rendre compte à un moment donné de l'ensemble de la structure du collectif et des effets qu'elle produit sur les sujets qui le composent.

Cependant, une cause paraît à l'origine de la transformation de l'institution : le désir du médecin-chef, qui a institué les réunions dans les quartiers et le club, conformément à l'évolution des structures de soins depuis la guerre. A partir de cet acte initial (qui se repère en fait pendant un long temps), on peut considérer que l'institution a évolué par elle-même, sans le secours d'aucune intervention. Ceci a été vécu par les individus sur le mode de : "On ne sait pas où on va ...", en contradiction avec le vécu asilaire.

o o

L'analyse de ce qui s'est passé ne peut se faire que par l'élaboration concomitante d'une théorie de la psychothérapie institutionnelle, qui légitimera après coup l'analyse. Ce n'est que par ce travail que l'on pourra répéter des démarches en vue d'obtenir un résultat psychothérapique, c'est-à-dire rendre les concepts opératoires.

Ces questions ont été abordées dans une série de rencontres entre médecins et psychologue de l'hôpital, deux ans après les événements rapportés. L'histoire de B. et de la réunion du quatrième quartier a paru exemplaire de l'institutionnalisation de l'hôpital, en ce sens qu'elle a présenté en raccourci une évolution qui a été celle de tous les

les autres quartiers. Elle constitue donc un sujet d'étude privilégié pour l'analyse de l'ensemble de l'institution.

A ce propos, il est intéressant de noter que le quatrième quartier était le plus proche du bureau du médecin-chef et que celui-ci était amené à le traverser chaque fois qu'il se rendait dans un autre quartier. C'était aussi le quartier qu'il préférerait, comme le moins contaminé par les structures asilaires.

o
o o

L'effet le plus remarqué de l'institution de la réunion de soignants fut l'afflux d'informations apportées sur les malades. Dans ce quartier de surveillance, la réunion introduit le matériel clinique indispensable à la compréhension et au déchiffrement des comportements individuels. Ceci s'inscrit dans la démarche médicale traditionnelle visant à la collecte de signes.

TORRUBIA, BICHERON et MORIN (19) mettent en évidence le risque de favoriser l'apparition d'une nouvelle forme de hiérarchie : "Les réunions de toute sorte (...) ont souvent comme arrière-fond le désir du médecin de connaître le collectif dans sa totalité, de savoir ce qui s'y passe, d'en avoir l'écoute, l'auscultation en quelque sorte et partant d'y intervenir avec efficacité" (p. 67).

S'agit-il vraiment de compréhension ? A propos de l'information, N. GUILLET (8) écrit qu'elle est "un véritable rébus dont le déchiffrement éclaire avec beaucoup de comportements et sur ce qui se passe réellement beaucoup plus que la meilleure des surveillantes".

Le dire dans la réunion de soignants est à traiter comme le contenu manifeste du rêve, en vue de déceler le désir qui le supporte.

En fait, dans le cas que nous avons rapporté, nous serions bien en peine d'isoler une interprétation qui ait la rigueur de celles qui élucident un rêve ou un mot d'esprit. Le champ institutionnel présente une extension et une complexité apparemment beaucoup plus grandes que le champ de l'analyse duelle (à moins que l'on ne considère celle-ci comme un cas particulier de l'analyse institutionnelle) (OURY).

D'autre part, comment est-il possible d'exporter les concepts psychanalytiques en dehors de leur champ d'origine ? Que signifient les termes de transfert et d'interprétation dans un collectif ?

o
o o

Les infirmières répétaient à propos de B. : "Tout irait bien si seulement elle n'était pas là". Les symptômes de B. ne sont pas tellement "ses" symptômes, que B. n'est elle-même symptôme des soignantes, à articuler avec la structure inconsciente du groupe, symptôme venant à la place d'un non-dit. Ceci justifie la réunion de soignants comme lieu de la parole et champ analytique, mais qui est l'analyste ?

Nous n'avons pu repérer les paroles énoncées dans la réunion qui a précédé la cédation des symptômes de B. ; par contre, un fait nous indique qu'il a dû se passer ce jour-là quelque chose de l'ordre d'un accès à l'inconscient : l'amnésie qu'en ont gardé les participants, et la sensation qu'il s'était passé quelque chose de l'ordre de la bizarrerie.

Si l'information a pu paraître riche au début des réunions, l'impression est vite venue que "ça" parlait plus ailleurs.

Ainsi, les internes s'exprimaient peu dans la réunion des médecins mais parlaient beaucoup de

leur travail en salle de garde. Les repas devinrent ainsi un lieu d'analyse plus important que la réunion prévue à cet usage. Ils ne tardèrent pas à être fréquentés par le médecin-chef.

De même, des repas des infirmières qui suivait celui des malades, et du bar fréquenté par tous. A propos de ces lieux privilégiés de la parole, D. ROTHBERG écrit : "Cet éclairage ressenti plus ou moins clairement comme remise en question possible, comme lieu où il se passe quelque chose, comme lieu fécond n'entraîne pas le plus souvent de remaniements des structures de l'institution. Ce véritable lieu d'analyse de l'institution qui peut surgir n'importe où ne peut devenir à n'importe quel moment lieu de travail, lieu stratégique que dans une grande mobilité de structures permettant une grande mobilité d'investissements de chacun" (17) (p. 143).

Ces lieux "vacuolaires" (GUATTARI) réalisent, suivant DURY (15), une zone vide antigroupe, "lieu-limite dans lequel vient se manifester l'être, la pensée, zone particulière où l'on recueille les fantasmes" (p. 45).

o
o o

L'analyse permanente avait été invoquée d'emblée par le médecin-chef comme le but essentiel des réunions. Lui-même détachait dans son statut deux fonctions : l'une, de directeur administratif, l'autre de médecin-chef.

La position du psychologue est moins ambiguë. A cause de son absence de statut, il se trouve d'emblée dans une position d'analyste, "psychologue", dont l'activité ne va pas coïncider avec le rôle prévu laissant la possibilité d'une dimension d'incertitude qui permette d'analyser les franges marginales du rôle les moins accrochées à la fonction". (MICHAUD, (12), p. 57).

La réunion de quartier est-elle devenue un lieu d'analyse permanente, un analyseur permettant à l'équipe soignante de s'interroger sur sa pratique ?

Le groupe formé par les soignants peut-il être l'interprétation du dire et du faire des malades dont il a la responsabilité ?

Cette interprétation n'est possible que si le groupe admet sa propre remise en cause sur les motivations d'un rejet ou d'un passage à l'acte, par exemple.

GUATTARI distingue le groupe-sujet du groupe assujetti. Ces notions nous aident peut-être à approcher la signification de "ce qui s'est passé" autour de B : "le groupe-sujet ou qui a vocation de l'être s'efforce d'avoir une prise sur sa conduite, il tente d'élucider son objet ; (...) il opère le dégagement d'une hiérarchisation des structures qui lui permettra de s'ouvrir vers un au-delà des intérêts du groupe" (6) (p. 95-96).

Peut-on décrire le fonctionnement de notre réunion comme un groupe assujetti au cours de la première période, et dans la deuxième, comme une oscillation perpétuelle du groupe-sujet à groupe assujetti comme en témoigne l'histoire de Ch. ?

o
o o :

Cette référence à l'existence d'un groupe-sujet nous permet d'établir la distinction entre le contenu manifeste du discours et des actes de ce sujet, et le contenu latent qui demande à être déchiffré. Ce contenu latent nous semble introduire à la notion de désir du groupe : "En fait ce qui est en jeu, c'est le fait que le désir du groupe a pu, à tel moment, prendre le relais pour le sujet, de son désir individuel dont l'accès lui était bouché en fonction d'une série de données psycho-patho-

logiques. Ce qui a joué le rôle de l'analyste, ce qui a articulé l'interprétation, ce n'est pas un individu, c'est le fait qu'au niveau du groupe une structure désirante ait pu être présentifiée" (GUATTARI (7), p. 34).

Qu'en est-il du désir et de la demande dans ce groupe soignant constitué en sujet ?

Le renvoi de la demande vers l'administration, donc en dehors du champ de la réunion, coupe court à toute possibilité de remise en circuit de cette demande.

L'autre piège, engluant le groupe dans l'imaginaire, est de répondre directement à la demande : réponse pragmatique, immédiate, empêchant toute parole, toute angoisse de surgir (B. qui reçoit une injection de neuroleptiques).

Pour que le groupe lui-même accède à cette dimension du désir, il lui faut voir sa propre demande retournée au travers d'un défilé signifiant. Cette accession à son propre désir permet au groupe de laisser apparaître le désir des malades. "Il s'agit donc, pour que le désir soit maintenu, de se conduire pour le groupe à la façon d'un analyste ; d'abord le reconnaître, puis ne pas l'écraser en comblant la demande dès qu'elle se manifeste. La mise en place d'analyseurs spécifiques du groupe doit être systématique afin de se placer dans le plan de l'analyse du transfert" (MICHAUD, (11), p. 128).

Pour B., ce jeu répétitif des menaces et des agressions, cette insistance, témoignent d'un désir que le groupe ne peut laisser apparaître dans son impuissance à être lui-même désirant. Soit, il y a comblement de la demande par la punition ou la gratification, soit, il y a impossibilité pour le groupe de sortir de sa propre aliénation. Le groupe se constitue comme image spéculaire de B. dans une dimension imaginaire excluant une ouverture vers le symbolique que pourraient réaliser "ce où

ces lieux qui créent le manque avec refus de satisfaire la demande" (AYME (2), p. 78).

Peut-on, reprenant les termes de LACAN, dire que ce lieu de parole, ce lieu du manque, ce grand Autre, est pour B. la réunion de soignants ?

LACAN écrit (9) : "Le désir est ce qui se manifeste dans l'intervalle que creuse la demande en deçà d'elle-même, pour autant que le sujet, en articulant la chaîne signifiante, amène au jour le manque à être avec l'appel d'en recevoir le complément de l'Autre, si l'Autre, lieu de la parole, est aussi le lieu de ce manque" (p. 627).

Après la "crise", B. a pu alors exprimer ses demandes au travers des défilés institutionnels qu'elle rencontre (club, argent). Ces institutions prennent valeur signifiante au fur et à mesure qu'elle y joue et rejoue sa propre histoire.

LACAN poursuit :

- "Si le désir est en effet dans le sujet de cette condition qui lui est imposée par l'existence du discours de faire passer son besoin par les défilés du signifiant.

- Si, d'autre part (...) il faut fonder la notion de l'Autre avec un grand A, comme étant le lieu de déploiement de la parole (l'autre scène, eine anderes Schauplatz dont parle FREUD dans la Träumdeutung),

- il faut poser que, fait d'un animal en proie au langage, le désir de l'homme est le désir de l'Autre" (p. 628).

Les dimensions du besoin, de la demande et du désir sont corrélatives des registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique, qui permettent de situer les notions de privation, frustration, castration qu'on ne peut méconnaître dans l'analyse de l'institution et qui introduisent à la probléma-

tique de l'oedipe. "Ce qui désaliénne, c'est de bien resituer le sujet, c'est-à-dire de le reconnaître comme simple support, simple passage d'un signifiant à un autre" (OURY (15), p. 44).

Enfin, à travers cette réunion, une interrogation s'est posée sur le statut et la fonction de ses membres. On a vu que le médecin-chef, possesseur du statut le mieux défini, distinguait deux fonctions pour lui-même.

L'interne a un statut administratif temporaire (il reste au plus un an), ce qui lui permet souvent de ne pas investir sa fonction soignante ou de se la voir refusée par les infirmiers. Quand je suis envoyée au médecin-chef pour exiger une directive réglant le cas de B., le renvoi de ma demande marque que je dois assumer ma fonction thérapeutique.

Lors de l'établissement des ateliers de quartier, corrélativement sont créés des ergothérapeutes dont les heures de travail, les congés, les attributions définissent le statut spécial et envié. L'ergothérapeute du quatrième quartier présente rapidement des difficultés avec les malades. Ces symptômes sont-ils seulement à l'image de ses difficultés avec les autres infirmières ? Déplacée par décision administrative du médecin-directeur, il faut la remplacer dans le quartier. Les infirmières redoutent probablement ce statut, et ce n'est qu'après de nombreuses réunions qu'elles accepteront à tour de rôle ces fonctions d'ergothérapeute.

L'abandon du statut qui fondait le rôle dans l'imaginaire a permis aux infirmières d'accéder à une compréhension symbolique de la fonction.

C O N C L U S I O N

L'expérience toute personnelle d'une réunion de soignantes nous amène, en conclusion, à poser la question de la place de cette réunion dans une institution qui se veut thérapeutique. Elle nous est apparue exemplaire de toute l'institution, à elle seule petite institution, miroir de celle qui la contient. Pour aborder cette notion d'institution, il faut rappeler les ambiguïtés qu'elle comporte.

"Chose instituée" (LITTRE), elle est donc l'asile lui-même.

"Action par laquelle on institue", elle est également cette transformation désirée par le médecin-chef ou l'interne.

"En opposition avec ce qui est de nature", elle est le rempart contre la folie quand elle est asile, mais également le levier thérapeutique quand elle se transforme.

L'institution, au sens de "ramener une chose à son institution, en faire revivre les principes", nous introduit à la fonction analytique de l'institution, c'est-à-dire à l'analyse du désir de celui qui la fonde.

En l'occurrence, l'évolution du personnel soignant au quatrième quartier a été corrélative de l'élucidation "de l'attache désirante du psychiatre dans son insertion au collectif" (OURY).

En ce sens, on peut parler autant d'institution psychothérapique que de psychothérapie institutionnelle.

Cette étude est centrée sur la réunion de soignants telle qu'elle a été vécue dans un quartier d'hôpital psychiatrique, en tant qu'interne pendant un an.

Après l'analyse des publications récentes sur ces réunions, on aborde l'expérience clinique elle-même. La monographie porte essentiellement sur la relation avec une malade, B., pendant un temps assez court de quelques semaines. Mais cette relation nous entraîne à replacer ce fragment de l'histoire de B. et de la réunion de soignants dans son contexte : relation du quartier avec les autres et avec les instances administratives de l'hôpital; histoire de l'hôpital et surtout de son évolution lors de l'arrivée d'un nouveau médecin-chef, donc de nouvelles méthodes. La réunion de soignants n'est d'ailleurs qu'une de ces nouvelles méthodes. Instituée peu avant l'admission de B. dans le service, elle ne prend son importance thérapeutique qu'au travers du cas B.. C'est l'analyse de cette fonction thérapeutique de la réunion qui est l'objet de cette étude. En effet, à l'occasion d'un travail clinique et théorique fait postérieurement avec les autres médecins et psychologues de l'hôpital, l'histoire de B. est apparue exemplaire, mettant en relief la structuration de l'équipe soignante face à une malade difficile qui remet en question l'organisation hospitalière dans son fonctionnement routinier.

L'arrivée de B. suscite rapidement des réactions de peur et d'agressivité des infirmières face à son attitude d'opposition provocante. L'interne se sent poussée par les infirmières à prendre en charge la malade puisque son statut médical implique le devoir de traiter, permettant ainsi aux infirmières de se mettre en dehors du jeu. Il en résulte des entretiens particuliers entre B. et

l'interne ; en dehors du bureau médical, les paroles sont remplacées par des passages à l'acte, tant des infirmières que de la malade. Au cours de la réunion du personnel soignant, les plaintes réitérées des infirmières qui veulent chasser la malade du quartier répondent aux passages à l'acte de B. envers les infirmières. Le blocage des relations entre l'interne et les infirmières d'une part, les infirmières et B. d'autre part, ne cesse que le jour où l'interne cède aux sollicitations des infirmières en acceptant d'enfermer B. en cellule quelque temps, croyant ainsi trahir son statut de médecin. En fait, la malade s'apaise et mène bientôt une vie normale dans le quartier; les infirmières sont plus disponibles pour parler des autres malades. La réunion devient très différente ; les infirmières ne viennent plus exposer des revendications devant l'interne, mais parlent librement des malades entre elles sans exiger de l'interne autre chose qu'un repérage ou une analyse de leur position contre-transférentielle en face des malades. L'interne qui croyait s'être dessaisie de son statut médical en abandonnant son pouvoir de décision aux infirmières, se sent au contraire plus assurée dans son statut puisqu'on lui demande d'exercer une fonction d'interprétation du discours des infirmières et des malades.

A la dualité classique de malade-médecin (dans laquelle les infirmières ne sont considérées que comme des auxiliaires de l'observation médicale ou des exécutantes du pouvoir médical) s'est substituée une triangulation malade-infirmières-médecin qui permet au malade, notamment schizophrène, de se repérer beaucoup mieux par rapport à l'autre.

La réunion de soignants, au travers de cette observation, apparaît non pas tant comme une réunion où sont transmises des observations ou des consignes, mais comme une réunion d'analyse des différents discours tenus au sein de l'institution, permettant de

donner à celle-ci un rôle véritablement psychothérapique.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la Thèse,

L. MICHAUX

BIBLIOGRAPHIE

- 1- J. AYME - Les institutions thérapeutiques. In Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1960, N° 3, p. 95-98.
- 2- J. AYME - Attitude interprétative dans le transfert en thérapie institutionnelle. In Psychothérapie institutionnelle, N° 1, p. 71-9.
- 3- BALVET - A propos des réunions d'équipe. In Information psychiatrique, 1949, N° 8, p. 270-4.
- 4- BALVET, ROTHBERG, BANGIE - La réunion d'équipe. In Information psychiatrique, 1961, N° 7, p. 375-91.
- 5- BONNAFE - Sur les réunions du personnel. In Information psychiatrique, 1949, p. 275-79.
- 6- F. GUATTARI - La transversalité. In Psychothérapie Institutionnelle, N° 1, p. 91-107.
- 7- F. GUATTARI - Intervention. In Psychothérapie Institutionnelle, N° 4, p. 29-34.
- 8- N. GUILLET - Thèse de Doctorat en Médecine, Lyon, 1959.

- 9- J. LACAN - Ecrits. Seuil, 1966.
- 10- G. MICHAUD - La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes. - D.E.S. de Philosophie, Paris, 1958.
- 11- G. MICHAUD - Transfert et échange en thérapeutique institutionnelle. In Psychothérapie Institutionnelle, N° 1, p. 119-129.
- 12- G. MICHAUD - A propos du contexte institutionnel (...). In Psychothérapie Institutionnelle, N° 5, p. 57-63.
- 13- J. DURY - Les clubs thérapeutiques. In Revue pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1959, N° 4, p. 119-141.
- 14- J. DURY - Intervention. In Psychothérapie Institutionnelle, N° 4, p. 11-20.
- 15- J. DURY - Peut-on parler d'un concept des réunions. In Psychothérapie Institutionnelle, N° 5, p. 43-49.
- 16- Psychothérapie au travers de l'institution psychiatrique. In L'Information psychiatrique, 1968, N° 1.
- 17- D. ROTHBERG - Dynamique du transfert et hiérarchisation de l'institution. In Psychothérapie Institutionnelle, N° 1, p. 141-146.
- 18- D. ROTHBERG - Les réunions à l'hôpital psychiatrique. - Editions du Scarabée, Paris, 1968.
- 19- TORRUBIA, BICHERON, MORIN - Considérations autour de l'intervention. In Psych. Inst., N° 5, p. 65-70.

20- F. TOSQUELLES - Introduction au problème du transfert en psychothérapie institutionnelle. In Psych. Instit., N° 1, p. 9-22.

21- M. WOODBURY - L'équipe thérapeutique. Numéro spécial de l'Information Psychiatrique, 1966, N° 10.
